

Caso inusual de lesión pseudotumoral en cadera por *gota*: reporte de caso

Unusual case of pseudotumoral hip injury due to *gout*: case report

Gabriel Narváez-Carrasquilla^{1a}, Juan David Paternina-Carballo^{2b}, Gabriel Narváez-Rodríguez^{3c}

Resumen

Introducción: se conoce como *gota* a la artropatía por depósito de cristales de urato monosódico. Esta patología comprende un conjunto de hallazgos clínicos y radiográficos en el contexto de presencia intraarticular de dichos cristales. Es una enfermedad crónica asociada a otras comorbilidades como: hipertensión arterial, osteoartritis, diabetes mellitus, etc. Se presenta el caso de un paciente con artritis gotosa con consecuente lesión en cadera, con aspecto pseudotumoral de difícil diagnóstico, a fin de resaltar su importancia, así como el seguimiento y tratamiento oportunos para esta patología crónica.

Caso clínico: paciente hombre de 51 años, con antecedentes de artritis gotosa; quien cursa con cuadro clínico de, aproximadamente, cuatro años de evolución, caracterizado por dolor en cadera derecha de intensidad 8/10 en escala análoga del dolor, sin irradiación, asociado a limitación funcional caracterizada por reducción de arcos de movilidad e imposibilidad para la bipedestación. Se realizan estudios imagenológicos los cuales son sugestivos de lesión tumoral a nivel de fémur proximal de características de malignidad, por lo cual se realiza biopsia y posterior diagnóstico histopatológico de tofos gotosos.

Conclusiones: la gota es una enfermedad prevalente en la población adulta, sin embargo, la localización articular infrecuente puede resultar en un difícil diagnóstico, por lo que se requiere no descartar esta entidad y la realización de estudios específicos para su identificación.

Abstract

Background: *Gout* is known as arthropathy due to the deposit of monosodium urate crystals; This pathology comprises a set of clinical and radiographic tests in the context of the intra-articular presence of said crystals. It is a chronic disease associated with other comorbidities such as arterial hypertension, osteoarthritis, diabetes mellitus, etc. The case of a patient with gouty arthritis with consequent hip lesion with a pseudotumoral appearance difficult to diagnose is presented, in order to highlight the importance of this, as well as the appropriate follow-up and treatment for this chronic pathology.

Clinic case: A 51-year-old male patient, with a history of hip osteoarthritis and gout. The symptoms and signs were pain in the right hip with an 8/10 on an analogue pain scale, associated with functional limitation characterized by reduced range of motion and impossibility of standing. Imaging studies are carried out which are suggestive of a tumor lesion at the proximal femur with malignant characteristics, for which a biopsy and subsequent histopathological diagnosis of gouty tophi is performed.

Conclusions: Gout is a prevalent disease in the adult population, however, its infrequent joint location can result in a difficult diagnosis, so it is necessary not to rule out this entity and to carry out specific studies for its identification.

¹Clínica Iberoamérica, Servicio de Ortopedia Oncológica. Barranquilla, Colombia

²Universidad Libre – Seccional Barranquilla, Departamento de Ortopedia y Traumatología. Barranquilla, Colombia

³Clínica Medical, Servicio de Ortopedia y Traumatología. Bogotá, Colombia

ORCID:0009-0005-5284-4103^a, 0000-0001-5743-545X^b, 0000-0001-8776-1280^c

Palabras clave

Gota
Artritis
Cadera

Keywords

Gout
Arthritis
Hip

Fecha de recibido: 10/04/2023

Fecha de aceptado:13/06/2023

Comunicación con:

Juan David Paternina Carballo

✉ juandpc-93@hotmail.com

☎ (+57) 301 236 3647

Cómo citar este artículo: Narváez-Carrasquilla G, Paternina-Carballo JD, Narváez-Rodríguez G. Caso inusual de lesión pseudotumoral en cadera por *gota*: reporte de caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(6):895-9. doi: 10.5281/zenodo.10064752

Introducción

La *gota* es una patología cuya causa radica en la alteración del metabolismo del ácido úrico. Se caracteriza por una respuesta inflamatoria intensa como resultado del depósito anormal de cristales de urato monosódico en las articulaciones y tejidos blandos, producto de una hiperuricemia persistente.¹

Generalmente, es una patología de curso crónico, sin embargo, puede presentar episodios de agudización que ameriten manejo por el servicio de urgencias. Sin un tratamiento para el control de los niveles de uricemia, la frecuencia de los episodios y el número de articulaciones afectadas es cada vez mayor. Suele presentarse con mayor frecuencia en hombres jóvenes, mujeres posmenopáusicas y personas con enfermedad renal concomitante; además, existen factores de riesgo relacionados con el desarrollo de esta patología como: obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemia y diabetes mellitus.²

Dentro de las articulaciones comúnmente comprometidas en la artritis gotosa están la metatarsofalángica, rodilla, tobillo, hombro y codo, siendo la cadera de las últimas articulaciones involucradas en esta patología.²

Presentamos el caso inusual de un paciente con una lesión pseudotumoral en cadera por artritis gotosa.

Caso clínico

Paciente hombre de 51 años, que cuenta con único antecedente relevante de artritis gotosa diagnosticada hace 20 años, sin tratamiento a la fecha del estudio. Consulta por cuadro clínico de cuatro años de evolución caracterizado por dolor tipo urente, de aparición insidiosa, localizado en cadera derecha, de intensidad 8/10 en escala análoga del dolor, no irradiado y acompañado de reducción en arcos de movilidad y limitación funcional de la extremidad ipsilateral. Al examen físico se acompaña de masa palpable a ese nivel.

Trae consigo reporte de tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen (figura 1) en la que se describe una lesión expansiva a nivel de cuello femoral con impresión diagnóstica de condrosarcoma. Ante los hallazgos a la anamnesis, examen físico e imágenes diagnósticas, se hace la impresión diagnóstica de condrosarcoma en fémur proximal derecho y se solicitan estudios imagenológicos complementarios, como resonancia magnética nuclear (RMN) (figura 2) y TAC de pelvis (figura 3).

Sin embargo, el paciente vuelve a consulta con agudización de cuadro clínico, el cual se empeora con limitación

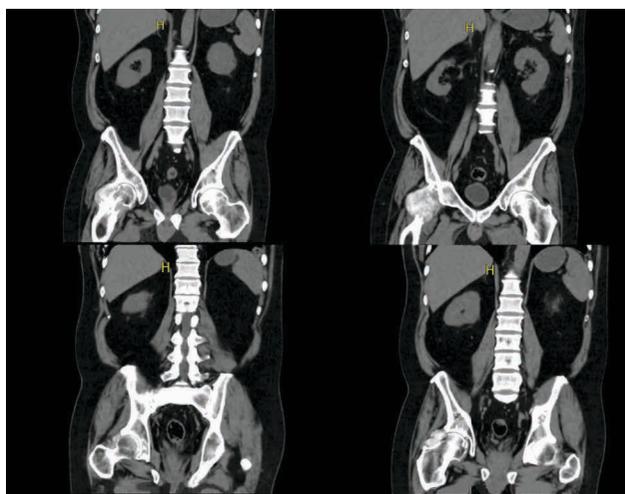


Figura 1 Tomografía axial computarizada de abdomen corte coronal en el cual se evidencia lesión expansiva a nivel de cuello femoral derecho

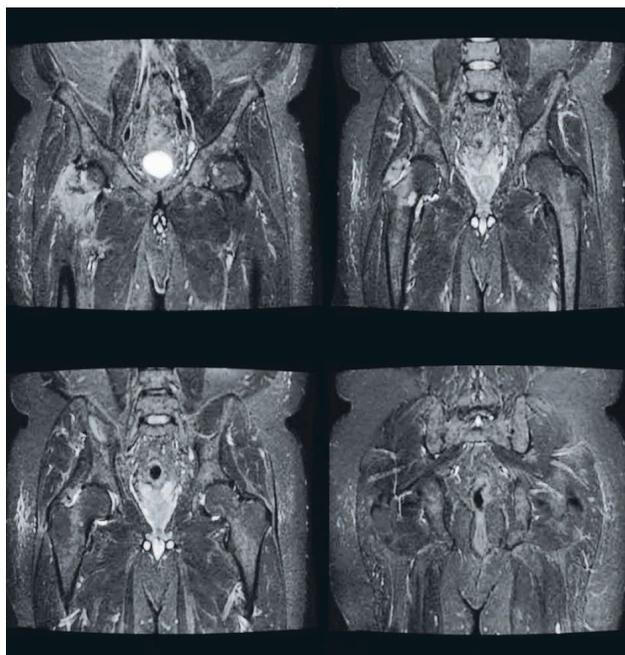


Figura 2 Resonancia magnética nuclear de pelvis corte coronal en la cual se observa lesión hipercaptante en cuello femoral derecho sin compromiso óseo aparente

para la bipedestación y marcha con bastón; además, trae consigo estudios imagenológicos complementarios

Por lo anterior, se ordena una biopsia de dicha lesión en cuello femoral derecho, procedimiento que se realiza y se envía muestra para estudio histopatológico. Se obtiene resultado a los 15 días de la toma de muestra de la lesión mencionada en la cual se describe: “No elementos de

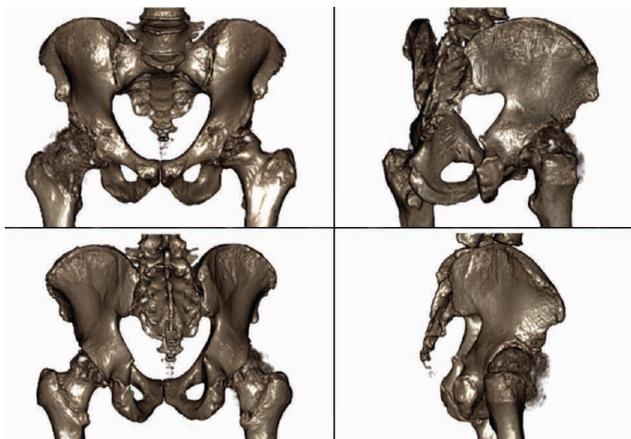


Figura 3 Tomografía axial computarizada 3D de pelvis en el cual se observa lesión hiperdensa que rodea cuello femoral derecho sin aparente compromiso óseo

malignidad en las muestras observadas. Presencia de tofos gotosos en las muestras observadas”.

Se inicia terapia farmacológica con alopurinol y colchicina, y se realiza seguimiento estricto del paciente por parte de ortopedia oncológica, observando mejoría del cuadro clínico, con reducción del dolor a nivel de articulación coxofemoral derecha, así como una notable disminución del volumen de la masa y recuperación progresiva de los arcos de movilidad.

Finalmente, se solicita nueva RMN control, en la cual se describe *sinovitis coxofemoral derecha severa con tofos gotosos*; asimismo, la radiografía control muestra evidencia de *tofos gotosos* en cadera derecha sin compromiso del espacio articular. Pasados seis meses, este paciente continúa en controles estrictos, con limitación residual para arcos de movilidad, los cuales han mejorado con fisioterapia indicada en consulta externa.

Discusión

La *gota* es una artropatía inflamatoria inducida por cristales, corresponde a una de las enfermedades metabólicas más antiguas de la historia, descrita por Galeno e Hipócrates como una patología producto de un lujoso estilo de vida basado en comida excesiva y bebidas alcohólicas, por lo cual se asociaba con frecuencia a reyes y a aristócratas. El término *gota* proviene del latín *gutta*, por la creencia de que el dolor y la inflamación eran consecuencia de uno de los cuatro estados de ánimo que “*cayeron como una gota de la cabeza en una articulación*”.³

Es una patología cuya incidencia se encuentra en aumento y corresponde a la artropatía inflamatoria más común en

adultos, con una prevalencia en la población general de entre el 1 y el 3% y del 18% en adultos mayores.^{4,5}

Este desorden metabólico es producto de un estado de hiperuricemia (independiente de su causa). El ácido úrico es un producto de degradación del metabolismo de las purinas, las cuales son requeridas para la formación de ADN, ARN y algunas otras moléculas; por lo tanto, el aumento de sus niveles en sangre puede ser producto de un aumento de la producción de ácido úrico, disminución de la excreción o ambos.^{6,7}

Una vez que el ácido úrico alcanza cierto umbral en la sangre, este se precipita en forma de cristales de urato monosódico (UMS) en la membrana sinovial de las articulaciones. Estos cristales tienen acción proinflamatoria, ya que activan algunas proteínas como el complejo citosólico multiproteico inflamasoma NALP3, el cual activa la caspasa-1 con su consecuente cascada inflamatoria; todo esto asociado a la activación del complemento también inducida por los cristales de UMS.⁸

La característica principal de la *gota crónica* es la presencia de *tofos*, los cuales son una mezcla de cristales de UMS rodeados de células inflamatorias con formación granulomatosa. Estos *tofos*, localizados adyacentes al tejido óseo a nivel articular, producen una respuesta inflamatoria persistente en el hueso, con consecuente disminución de la diferenciación osteoblástica y aumento de actividad osteoclastica.⁹

Existe un abanico de manifestaciones clínicas en los pacientes con *gota*, la cual puede ser clasificada en *aguda* y *crónica*.

La *gota aguda* se caracteriza por una monoartritis con eritema, calor, edema y dolor, con un pico de 24 horas desde el inicio de los síntomas. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son la primera metatarsofalángica, talones, tobillos y rodillas, continuando con muñecas, codos y pequeñas articulaciones de las manos. La afectación a nivel de cadera u hombro es rara e inusual.^{9,10} La presentación poliarticular es menos frecuente y suele acompañarse de signos y síntomas sistémicos como fiebre o febrícula y malestar general. Se ha descrito un periodo intercrítico, tiempo asintomático entre uno y otro ataque de *gota aguda*; este puede durar hasta años en los cuales los pacientes no refieren síntomas aun con cristales de UMS en líquido sinovial.

En cuanto a la *gota crónica*, esta usualmente es el resultado del *no tratamiento*, permitiendo estados crónicos de hiperuricemia, y se caracteriza por las diferentes lesiones producto por la perpetuidad de cristales de UMS en el tiempo, como artritis crónica, erosiones óseas y depósitos

tofáceos, los cuales toman aproximadamente un tiempo de 10 años en formarse.¹¹ Basados en lo mencionado anteriormente, se podría dividir la gota en cuatro estadios:

1. *Hiperuricemia asintomática*
2. *Gota aguda (o ataque agudo de gota)*
3. *Periodo intercrítico*
4. *Gota crónica (o gota tofácea crónica)*

Se cuenta en la actualidad con diferentes herramientas para el diagnóstico de *gota*, que van desde la clínica hasta diferentes pruebas de laboratorio e imágenes.¹² Si bien la clínica de *gota* aporta información de gran utilidad para su diagnóstico, existen situaciones como el compromiso articular atípico (como el presente caso) o la presentación poliarticular, en las cuales son necesarias pruebas adicionales para un diagnóstico certero.^{2,12}

En el arsenal paraclínico para el diagnóstico de *gota* se encuentran los niveles de ácido úrico en sangre y orina, la identificación de cristales de UMS en líquido sinovial a la microscopía de luz polarizada (presentes en todos los estadios de la enfermedad) y el análisis de líquido sinovial, entre otros. Dentro de las ayudas imagenológicas están la radiografía simple, la ultrasonografía, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia nuclear magnética (RNM).^{2,13}

La radiografía es una de las herramientas más útiles, y si bien puede no mostrar cambios en las etapas iniciales de la enfermedad, en presencia de gota crónica pueden evidenciarse tofos (nódulos densos periarticulares), estrechamiento de espacio articular, erosiones óseas, osteopenia periarticular o depósitos de UMS calcificados.

Las altas resoluciones brindadas por la TAC y RNM permiten mejores caracterizaciones de las lesiones óseas y de tejidos blandos asociadas, así como la exploración de presentaciones atípicas o sitios inusuales.^{9,10}

Existen pocos casos documentados en la literatura acerca del compromiso en cadera por *gota*,^{14,15,16} en los

cuales se ha recurrido a opciones quirúrgicas como artroplastia de cadera debido a las lesiones óseas (cuadro I). En pacientes con sintomatología localizada en cadera y antecedentes de *gota crónica*, la ultrasonografía ofrece información relevante, evidenciando la presencia de cristales de UMS cuando hay afección a dicho nivel.

En estos casos, los pacientes contaban con algunos factores de riesgo que se han relacionado con compromiso de esqueleto axial y grandes articulaciones por *tofós*, como enfermedad renal crónica, obesidad, hipertensión arterial, y el uso de diuréticos y salicilatos a dosis bajas.^{17,18}

El manejo quirúrgico de la *gota* ha sido bien estudiado en articulaciones diferentes a la cadera, como pie y tobillo, para las cuales se cuenta con diferentes opciones como escisión con curetaje de los tofos y remodelación de tejidos blandos adyacentes, lo cual no solo elimina el problema mecánico, sino que disminuye el riesgo de infección de herida quirúrgica. Suele ordenarse colchicina de manera profiláctica tanto de manera previa como posterior al acto quirúrgico.¹⁹

Los resultados del manejo quirúrgico de la gota se ven afectados por variables como el estado general del paciente, los factores de riesgo asociados y el procedimiento quirúrgico como tal. Algunas complicaciones referidas por diferentes autores en el manejo quirúrgico de gota son: retraso de la cicatrización de la herida quirúrgica, infecciones del sitio operatorio y complicaciones propias del abordaje.^{19,20}

Independientemente de tratamiento quirúrgico, o no, debe implementarse el tratamiento habitual de *gota*, el cual incluye cambios en el estilo de vida, antiinflamatorios y colchicina para los ataques agudos, e inhibidores de la enzima xantina oxidasa como alopurinol o febuxostat asociado a uricosúricos en los casos de *gota crónica*. Se pueden adicionar otras medidas farmacológicas como corticosteroides, inhibidores de la interleukina 1, entre otros.^{21,22}

Un 5% de los pacientes no responden al tratamiento médico, progresando a la fase tofácea y requiriendo tratamiento quirúrgico. Este se implementa con el fin de mejorar la funcionalidad, disminuir o erradicar el dolor y eliminar zonas de drenaje,^{23,24,25} como en el caso presentado.

Cuadro I Información casos clínicos similares

País	Año	Sexo	Edad	Breve descripción del caso.
China	2019	Masculino	74 años	Paciente con dolor en cadera derecha con diagnóstico de necrosis avascular de fémur proximal bilateral quien posteriormente es diagnosticado con artritis gotosa en cadera izquierda y es sometido a artroplastia de cadera izquierda
Brasil	2017	Masculino	52 años	Paciente con antecedente de gota tofácea y dolor en cadera, tobillo y hallux derechos. Estudios imagenológicos evidencian erosiones óseas en hueso ilíaco izquierdo sin compromiso de fémur proximal. Con base en hallazgos y antecedentes se realiza diagnóstico de artritis gotosa y se deriva a reumatología

Conclusiones

La *gota* es una enfermedad frecuente en la población adulta, sin embargo, la presencia de *tofos* en cadera corresponde a una localización atípica e infrecuente. En pacientes con antecedentes de hiperuricemia junto con factores de riesgo y signos y síntomas referidos a la cadera, debe sospecharse esta patología y solicitar los estudios adecuados de extensión; la presencia de cristales de UMS en líquido

sinovial o en muestras histopatológicas darán el diagnóstico definitivo de esta entidad.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

- Weaver JS, Vina ER, Munk PL, et al. Gouty Arthropathy: Review of Clinical Manifestations and Treatment, with Emphasis on Imaging. *J Clin Med*. 2021;11(1):166. doi: 10.3390/jcm11010166.
- Sivera F, Andres M, Dalbeth N. A glance into the future of gout. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2022;14:1759720X221114098. doi: 10.1177/1759720X221114098.
- Schlienger JL. L'histoire des tourments de la podagre (goutte). *Épidémiologie, coûts et organisation des soins*. 2014;8(2):230-4. doi: 10.1016/S1957-2557(14)70747-3.
- Ludeña-Suárez MC, Marín-Ferrín RE, Anchundia-Cunallata EF, et al. Diagnóstico, tratamiento y prevención de la gota. *CCM*. 2020; 24(1):1-29.
- Velasco-Bustamante JA, Velasco-Bustamante DL, Baquero-Vallejo GA, et al. Monoarthritis aguda. Urgencia en la atención reumatológica. *Rev Cuba Reumatol*. 2019; 21(2):e92.
- Sidari A, Hill E. Diagnosis and Treatment of Gout and Pseudogout for Everyday Practice. *Prim Care*. 2018;45(2):213-36. doi: 10.1016/j.pop.2018.02.004.
- Light J, Wellman LL, Conran RM. Educational Case: Gout. *Acad Pathol*. 2023;10(1):100065. doi: 10.1016/j.acpath.2022.100065.
- Zhao J, Wei K, Jiang P, et al. Inflammatory Response to Regulated Cell Death in Gout and Its Functional Implications. *Front Immunol*. 2022;13:888306. doi: 10.3389/fimmu.2022.888306.
- Dalbeth N, Choi HK, Joosten LAB, et al. Gout. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):69-85. doi: 10.1038/s41572-019-0115-y.
- Dalbeth N, Gosling AL, Gaffo A, et al. Gout. *Lancet*. 2021; 397(10287):1843-55. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00569-9.
- Ragab G, Elshahaly M, Bardin T. Gout: An old disease in new perspective – A review. *J Adv Res*. 2017;8(5):495-511. doi: 10.1016/j.jare.2017.04.008.
- Ahmad MI, Masood S, Furlanetto DM, et al. Urate Crystals; Beyond Joints. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8(1):649-505. doi: 10.3389/fmed.2021.649505.
- FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(6):744-60. doi: 10.1002/acr.24180.
- Huang Y, Huang J, Luo C, et al. Treatment of atypical gouty arthritis of the hip using total hip arthroplasty: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(44):e23027. doi: 10.1097/MD.00000000000023027.
- Tolin MC, Navarra SV. Severe hip and knee pain in a man with chronic tophaceous gout. *Int J Rheum Dis*. 2009;12(1):57-60. doi: 10.1111/j.1756-185X.2009.01385.x.
- Dos Santos VM, Passini-Soares VV, de Faria PS, et al. A 52-year-old man with gouty arthritis and erosive lesion in the hip. *Rom J Morphol Embryol*. 2017;58(2):557-60.
- Di Matteo A, Filippucci E, Cipolletta E, et al. Ultrasound and clinical features of hip involvement in patients with gout. *Joint Bone Spine*. 2019;86(5):633-6. doi: 10.1016/j.jbspin.2019.01.027.
- Deng SH, Dang WT, Liu J, et al. Differential diagnosis of acute and chronic gouty arthritis by multijoint ultrasound. *Ultrasound Med Biol*. 2021;47(10):2853-9. doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2021.05.005.
- Poratt D, Rome K. Surgical Management of Gout in the Foot and Ankle: A Systematic Review. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2016;106(3):182-8. doi: 10.7547/14-128.
- Zhang T, Yang F, Li J, et al. Gout of the axial joint - A patient level systemic review. *Semin Arthritis Rheum*. 2019;48(4):649-57. doi: 10.1016/j.semarthrit.2018.04.006.
- Wu J, Zhang YP, Qu Y, et al. Efficacy of uric acid-lowering therapy on hypercholesterolemia and hypertriglyceridemia in gouty patients. *Int J Rheum Dis*. 2019;22(8):1445-51. doi: 10.1111/1756-185X.13652.
- McKenzie BJ, Wechalekar MD, Johnston RV, et al. Colchicine for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;8(8):CD006190. doi: 10.1002/14651858.CD006190.pub3.
- Keller SF, Mandell BF. Management and Cure of Gouty Arthritis. *Med Clin North Am*. 2021;105(2):297-310. doi: 10.1016/j.mcna.2020.09.013.
- Pillinger MH, Mandell BF. Therapeutic approaches in the treatment of gout. *Semin Arthritis Rheum*. 2020;50 Suppl 3:S24-30. doi: 10.1016/j.semarthrit.2020.04.010.
- Sriranganathan MK, Vinik O, Pardo J, et al. Interventions for tophi in gout. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;8(8):CD010069. doi: 10.1002/14651858.CD010069.pub3.